

Verhandlungen der Ungarischen Ärztlichen Gesellschaften

Wissenschaftliche Berichte und Nachrichten aus Ungarn

Erscheint unter Mitwirkung des Schriftleitungsausschusses der Budapester kön. Gesellschaft der Ärzte

Für die Schriftleitung verantwortlich: Parlaments-Chefarzt *Dr. Béla Alföldi*

Erscheint halbmonatlich

Bezugsbedingungen: Die „Verhandlungen der Ungarischen Ärztlichen Gesellschaften“ können durch die Post, Sortimentsbuchhandlungen und direkt vom Verlag: Budapest, V., Vadász-utca 26, bestellt werden.

Inseratenannahme durch alle Annoncexpeditionen und durch den Verlag. Bezugspreis: 26 Pengő. Für Deutschland und für das Ausland: 20 Mark. Für die Übersee: 5 Dollar U. S. A. Einzelnummer 2 Pengő.

**LIPÓTVÁROSI
VIZGYÓGYINTÉZET**

BUDAPEST

V., BÁTHORY-UTCA 3



Sanatorium Dr. Pajor

Budapest, VIII., Vas-utca 17.

Für medizn.-chirurg. Nerven- und Herzranke. ⚡
 Storm Van Leuven Allergietreie Abteilungen für
 Asthma, Heufieber etc. Allergische Krankheiten. ⚡
 Gebärabteilung. ⚡ Stütungsabteilung für Krebs-
 forschung und Heilung. Zander, Orthopädie und
 Wasserheilanstalt.

Pöstyén

für die

"RHEUMAKRANKE WELT!"

Über den vulkan. Schwefel-Schlammquellen erbaut: Thermia Palace Hotel, verbunden mit den Bädern. Literatur: Pistyan Bureau, Budapest, VII., Károly-körút 3/a.



Der gewissenhafte Arzt benützt nur

PIGEON-FIEBERTHERMOMETER

Das Instrument ist präzise, seine Quecksilbersäule ist gut sichtbar und leicht herabzuschütteln. **In allen Apotheken u. Fachgeschäften erhältlich.** In Verkehr gesetzt von

ERNST SCHOTTOLA, Fabrikant und Grosshändler

Budapest, VI., Vilmos császár-út 53.

Fernsprecher: Aut. 227-67, Aut. 279-83.

St. Margaretheninsel

BUDAPEST, Ungarn

Natürliche radioaktive Schwefel- und Kohlensäure enthaltende Heilquelle. Thermalbäder im Hause. Spezial-Heilanstalt für rheumatische, neuralgische Leiden und Herzkrankheiten. Abgesonderter Park für Sanatorium-Inwohner. Herrliche Spaziergänge für Herzranke. Modernste diätetische Kur, sämtliche physikalische Heilmethoden.

Chefarzt: Professor Dr. von **DALMADY**

Obermedizinalrat: Dr. **CYZEWSKY**

Sanatoriumchefarzt: Dr. **BASCH**

Verhandlungen der Ungarischen Ärztlichen Gesellschaften

Wissenschaftliche Berichte und Nachrichten aus Ungarn

Erscheint unter Mitwirkung des Schriftleitungsausschusses der Budapester kön. Gesellschaft der Ärzte

Für die Schriftleitung verantwortlich: Parlaments-Chefarzt *Dr. Béla Alföldi*

Als Manuskript gedruckt.

Nachdruck der Sitzungsberichte nur in der Berichtsform zulässig.

Inhalt: Königl. Gesellschaft der Ärzte. — Otologische Sektion. — Gynäkologische Sektion. — Sektion für Rhinologie und Laryngologie. — Gesellschaft der Spitalsärzte. — Nachrichten.

Kön. Gesellschaft der Ärzte.

Sitzung am 16. November 1930.

M. Goldberger und **L. Haas:** *Diagnostizierter und geheilter Fall einer doppelseitigen Stirnhirngeschwulst* (Meningiom der Olfaktoriusfurche). Ungewöhnliche Gehirnsymptome bei einem 54jährigen Mann. Zu Beginn mildere, später unstillbare Kopfschmerzen. Erbrechen nur bei heftigem Krächzen. Verminderung der Sehkraft, Dekoloration der Papille, später Sehnervenatrophie, hauptsächlich links. Für frontale Geschwulst charakteristische psychische Störungen (Euphorie, rohe Spässe, mangelndes Krankheitsgefühl, Änderung des Charakters, Gesichtshalluzinationen, retrograde Amnesie, Konfabulation usw.). Somatische Symptome, Sehnervenatrophie, Abnahme des Riechsinnens (ausgesprochener auf der linken Seite), bradische Symptome in der Körperhaltung, bei Bewegung, beim Gehen, in der Mimik und beim Sprechen. Vor der Operation Fazialisparese der Lippen. Operation (Prof. *Winternitz*): Unter Trigemusanästhesie wurde eine 155 Gramm schwere Geschwulst in toto herausgeschält, diese erwies sich histologisch als Meningiom resp. Psammom. Die Geschwulst nahm ihren Ausgang von der Cushing'schen Olfaktoriusfurche, sie haftete auf der Lamina cribrosa. Die Meningiome sind gutartig. Charakteristisch für die Meningiome in der Olfaktoriusfurche sind: 1. Sehstörung, die an den beiden Augen nicht gleichmässig ist, Sehnervenatrophie; 2. Störungen des Riechsinnens; 3. frontale psychische Störungen.

gen; 4. später allgemeine Gehirnsymptome; 5. die Geschwulst besteht schon lange vor dem Auftreten der Symptome; 6. im Röntgenbild Schatten über dem Orbitaldach, besonders bei Kalkablagerungen in der Geschwulst. Die Sella verflacht sekundär. Bei dem Patienten waren all diese Symptome vorhanden, es ist das der 4. oder 5. am Leben gebliebene operierte Fall.

Der Röntgenbefund stellte eine Geschwulst der Stirngegend, wahrscheinlich Endotheliom fest, wobei sich der Befund auf vier Symptome stützte: Verkalkungen im Tumor, charakteristische Sellaveränderung, Usurierung der Olfaktoriusgegend, und sichtbarer Tumorschatten. Verkalkung allein besitzt keine entscheidende Bedeutung. Sie wurde pathognostisch durch die charakteristische Sellaveränderung, welche einer solchen Druckatrophie entsprach, die nur durch eine auf der Gehirnbasis sitzende und auch auf die Sella drückende Raumverengung herbeigeführt wird, mit Berücksichtigung der Lage und Anordnung der Kalkkörner musste in erster Reihe an ein Endotheliom gedacht werden. Die Usurierung der ethmoidalen Gegend sprach dafür, dass der Tumor nach vorne die Olfaktoriusgegend erreicht hat. Auf der sagittalen Aufnahme fand sich in der Stirngegend über der Gehirnbasis ein ungefähr kindesfaustgrosser, graziler, scharfbegrenzter, blasser Schatten. Der bei der Operation gefundene Tumor entsprach diesem Schatten. Die einfache Röntgenaufnahme ist also auch ohne Enkephalographie zur Diagnose und Lokalisierung von Gehirntumoren geeignet.

A. Winternitz: Der Fall ist sehr interessant, denn der Tumor zeigte eine seltene Lagerung und grossen Umfang, ferner zeigte die Röntgenaufnahme den Tumor genau an. Die Freilegung des Tumors erfolgte durch Abhebung der beiderseitigen Frontallappen. Es gelang den mit der Falx cerebri verwachsenen und beiderseits derselben gelagerten Tumor nach Resektion der Falx unter den Frontallappen herauszulösen, der Tumor war nur auf der linken Seite der Lamina cribrosa mit dem Periost verwachsen.

J. Singer schildert den Verlauf der Krankheit und lenkt die Aufmerksamkeit darauf, dass während bei Grosshirntumoren Sehnervenatrophie in 1% der Fälle vorkommt, diese bei den Meningiomen in der Olfaktoriusfurche in allen Fällen vorhanden ist.

E. Grosz: Der Fall verdient nicht nur wegen der Exaktheit der Diagnose und der Virtuosität des Operateurs Beachtung, sondern er lenkt auch die Aufmerksamkeit auf die Wichtigkeit des Zeitpunktes der Operation von Gehirntumoren. Redner hat bereits vor 20 Jahren darauf hingewiesen. Die Ergebnisse der Hirnchirurgie werden bei uns, wie auch in ganz Europa, dadurch geschädigt, dass die Operation viel zu spät erfolgt, wogegen die verhältnismässig besseren Resultate in Amerika eben durch den Umstand gesichert werden, dass die Operation früher durchgeführt wird. Besonders vorzüglich sind die Ergebnisse von *Harvey Cushing*, indem dieser eine exakte Mitarbeit der verschiedenen Fächer gesichert hat. Die

Schaffung der beiden Vorbedingungen: Frühoperation und sorgfältige Vorbereitung, würde auch die Ergebnisse unserer Operateure verbessern. *Harvey Cushing* operiert täglich 2—3 Gehirntumoren, wie das Redner noch vor wenigen Tagen sah, und ausser seiner individuellen Befähigung basiert sein hervorragender und verdienter Ruf auch auf den grossen Erfahrungen.

G. Hetényi: *Besserung von Panmyelophthise nach Darreichung von Knochenmark.* Die schwere, nach Benzol und Röntgenbehandlung entstandene Panmyelophthise eines an Leukämie leidenden Kranken zeigte auf Darreichung von rotem Knochenmark (Tudyke) Symptome einer auffallenden subjektiven und objektiven Besserung.

J. Minder: *Über Hydronephrose auf Grund von experimentellen und klinischen Erfahrungen.* Die Rolle der dynamischen und mechanischen Faktoren in der Pathogenese der Hydronephrose bildet in neuerer Zeit auf Grund der Ergebnisse der pyeloskopischen Untersuchungen den Gegenstand von Diskussionen. Die pyeloskopischen Beobachtungen haben nachgewiesen, dass es vollkommen normale Nierenbecken gibt, die keine Spur einer Erweiterung zeigen, wo jedoch der Entleerungsmechanismus des Beckens bereits Störungen aufweist. Die Franzosen unterscheiden auf Grund dessen eine funktionelle Hydronephrose ohne Erweiterung, diese betrachten sie als primären Zustand der meisten Hydronephrosen. Die anatomische Grundlage der Hydronephrose, die Dilatation entwickelt sich erst viel später. Der Vortragende hat zur Klärung dieser Frage vier Versuche durchgeführt. Seine Folgerungen sind: Dem anatomischen Zustand der Ureterwand kommt bei der Entwicklung der Hydronephrose eine Bedeutung zu. Durch Abschälung der äusseren Ureterhüllen kann ein Zustand geschaffen werden, der allein zur Entwicklung der Hydronephrose genügt, fördernd wirkt ferner, wenn gleichzeitig auch ein mechanisches Hindernis vorhanden ist. Die klinische Bedeutung seiner Experimente ist die Akzeptierbarkeit jener Auffassung, wonach die in der Ureterwand sich abspielenden Veränderungen auf neurogener, toxischer oder entzündlicher Grundlage den normalen Muskeltonus, also die Peristaltik des Ureters pathologisch beeinflussen können, infolge dessen die Harnableitung gehindert ist, also eine Retention auftreten kann. Wird diese funktionelle Störung permanent, so folgt der Retention die Dilatation. Die Feststellung der Pathogenese der Hydronephrose besitzt nicht nur theoretischen Wert, sondern ist auch eine wichtige praktische Frage, weil das weitere Schicksal der sogenannten plastischen Operationen eben davon abhängt, wie weit es gelingt, diese experimentellen Feststellungen klinisch zu verwerten. Auf diesem Gebiet kommt der intravenösen Pyelographie und der Pyeloskopie noch eine bedeutende Rolle zu.

A. Zerkovitz: *Die Wirkung der Fiebertherapie auf das Zirkulationssystem.*

A. v. Sarbó: In der Behandlung der Nervensyphilis spielt — mit Ausnahme einiger Tabesfälle — die Fiebertherapie (Malaria) eine führende Rolle. Er wendet sie auch in P. p. Fällen, die mit Aortitis kompliziert sind, erfolgreich an, wenn auch nur in ausgewählten Fällen. Auch bei Erkrankungen der Aorta und des Endokardiums soll man sich vor der Malariabehandlung nicht fürchten, dagegen ist sie bei Herzmuskelsuffizienz zu vermeiden. Bei aktiven Tabes (mit positivem Liquorbefund) ist die Fieberbehandlung indiziert. In Tabesfällen aber, die bereits Schaffer-Richtersche Granulomatose zeigen, soll die Fiebertherapie nicht angewendet werden.

S. Hetényi: Bei Fiebertherapie zeigte die Nierenfunktion von hypertensiven Kranken mit diffuser Glomerulonephritis eine Verschlimmerung. Nicht nur in der Fieberperiode, sondern auch nach dieser zeigte die Verdünnungs- und Konzentrationsarbeit der Niere einen Ausfall und das Blutrestnitrogen eine Zunahme.

Budapester kön. Gesellschaft der Ärzte.

Otologische Sektion.

Sitzung am 30. Mai 1930.

W. Zimányi: *Ungewöhnlich umfangreicher subduraler Abszess.* Die mit chronischer eitriger Mittelohrentzündung verbundene Abszessbildung heilte nach mehrfacher Freilegung des Knochens am Os temp., auf der Hinterwand des Os parietale bis zum Schädeldach. Der Fall ist interessant durch die in der Verbreitungsrichtung befindlichen schwer auffindbaren, subdural durch enge Gänge verbundenen, taschenartigen Höhlenbildungen, ferner durch den Umstand, dass bei der seit langer Zeit bestehenden verhältnismässig umfangreichen subduralen Eiterung ausser Kopfschmerzen weder allgemeine, noch lokale Gehirnsymptome vorhanden waren.

I. Pick: *Polyneuritis.* Der 28jährige Mann meldete sich mit der akuten Exazerbation einer chronischen Otitis. Seit drei Wochen Schwerhörigkeit, Schwindel- und Drehgefühle, Erbrechen, er kann nicht gehen. Abduzensparese, Neuritis optici. Mit der Besserung der Otitis bilden sich alle Symptome zurück, nur die Neuritis optici und die Subfebrilität bleiben unverändert bestehen. Nach Extraktion seiner schlechten Zähne hört die Subfebrilität auf, rasche Besserung der Neuritis optici, später Heilung. Die Ursache der Polyneuritis war eine dentale Infektion, dieser schloss sich als Superinfektion die akute Exazerbation an.

J. Varga: *Funktionelle Taubheit.* Die 26jährige Frau ist seit drei Monaten taub am linken Ohr. Normaler otoskopi-

scher Befund, unversehrter Vestibularapparat. Wa.-R. negativ. Hysterische Stigmata: inverse farbige Sehfelder, veränderliche Sehfelddefekte (Befund des Primarius *Fejér*), fehlender Konjunktival- und Rachenreflex. Die Suggestivtherapie erzielte abwechselnd Besserung und Verschlimmerung. Als auslösende Ursache diente bei der Kranken mit labilem Nervensystem die Zerumenanhäufung resp. der mit der Entfernung desselben verknüpfte Reiz.

E. Pogány: Auch bei Menstruationsstörungen findet sich totale Taubheit, wahrscheinlich als Folge eines reflektorischen Gefäßkrampfes. Hiefür spricht der Erfolg der Papaverintherapie.

A. Rejtő wünscht die Beseitigung der Bezeichnung „funktionelle Taubheit“, weil in den meisten Fällen die Ursache festgestellt werden kann.

L. Fleischmann kann sich der Ansicht von *Rejtő* und *Pogány* nicht anschließen, dass es keine funktionelle Taubheit gebe. Es gibt Funktionsdefekte, bei denen entsprechende anatomische Veränderungen nicht zu finden sind, und die sich häufig um eine anatomische Läsion von geringer Bedeutung die als Kern dient, hüllenartig gruppieren. Die organische Läsion findet sich eventuell in einem anderen Organ. Er führt aus seiner Privatpraxis solche Fälle an.

J. Varga: Der Fall zeigte keinerlei Zusammenhang mit dem Menstruationszyklus. Eine anatomische Veränderung ist nicht anzunehmen, weil täglich wechselnde Hörprüfungsergebnisse gefunden wurden und die Schwerhörigkeit durch die Suggestivtherapie beeinflusst werden konnte.

L. Fleischmann: *a) Operierter Fall von Otitis med. supp. chron. Labyrinthitis suppur. und Meningitis.* Der 33jährige Patient erkrankte vor 14 Jahren nach Influenza an Mittelohrentzündung, seither Fluss aus dem linken Ohr. Seit 8 Tagen abermals Schmerzen, Kopfschmerzen, Schwindel, Brechreiz. Bei der Aufnahme Chronotitis media l. s., stinkender Ausfluss, Einsenkung der oberen Wand, Granula im Mittelohr. Lautes Sprechen an concham, Rinné negativ. Knochenleitung verlängert, Weber links. Nystagmus II. Grades, reagierendes Labyrinth. Nach mehrtägiger Beobachtung, wegen Abschwächung der cochlearen und vestibularen Funktion, sowie wegen der heftigen Kopfschmerzen Radikaloperation. Zerfallenes Cholesteatom. Eiterentleerung unter Druck in Antrum. Granula in der Paukenhöhle. Bogengänge normal. Subfebrile Temperatur, zeitweise Kopfschmerzen, der Kranke geht jedoch herum. Am 8. Tag Temperatur 38.5 C°, heftige Kopfschmerzen, Brechreiz, totaler Ausfall der cochlearen und vestibularen Funktionen, Liquor trüb, gesteigerter Druck, in diesem zahlreiche Leukozyten und Staphylokokken, die auch herausgezüchtet wurden. Sofortige Labyrinthoperation, Eiter im Vestibulum, Durainzision in beiden Hirngruben. Sodann entwickeln sich stufenweise die Meningitissymptome, Nackensteifheit, Kernig, heftige Kopfschmerzen, dabei ständig klares

Sensorium. Täglich Lumbalpunktionen. Die Krankheit erreicht nach einer Woche den Gipfelpunkt, nach einer weiteren Woche zeigt sich bereits Besserung, die Temperatur fällt. Kernig, Nackensteifheit milder, mässiger Kopfschmerzen, der Liquor wird klarer. Vier Tage nach der Labyrinthoperation Fazialislähmung, die auch heute unverändert besteht. Seit zwei Wochen haben alle Symptome der Meningitis aufgehört, seit Tagen fieberfrei, guter Appetit, Gewichtszunahme. Die Wunde granuliert gut, in der Tiefe ist jedoch eine nackte Knochenpartie fühlbar, diese wird sich sequestrieren, ihr Druck verursacht die Fazialislähmung. Der Fall imponierte zu Beginn als zur akuten Exazerbation der chronischen Mittelohrentzündung sich anschliessende zirkumskripte Labyrinthitis, obwohl wahrscheinlich schon zur Zeit der ersten Operation eine diffuse eitrige Labyrinthitis vorhanden war, und eine sofortige Labyrinthoperation angezeigt gewesen wäre. Die unsicheren Labyrinthreaktionen haben jedoch den Vortragenden bewogen, hiervon abzustehen, und als die diffuse Labyrinthitis zum Vorschein trat, war bereits die Meningitis vorhanden. Trotzdem gelang es den Prozess durch den radikalen Eingriff zum Stillstand zu bringen. Der Fall ist ein typisches Bild der labyrinthogenen Meningitis nach Alexander. Deshalb waren die Symptome der hinteren Schädelgrube bei klarem Sensorium im Vordergrund. Die Lehre ist, dass bei zweifelhafter Labyrinthfunktion lieber sofort die Labyrinthoperation durchgeführt werde.

b) Geheilte Fall einer Streptokokkus-hämolytikis-Pyämie.

O. V., 25jährige Patientin leidet seit Jahren an Ausfluss aus dem rechten Ohr. Acht Tage vor ihrer Aufnahme traten heftige Ohrenscherzen, Fieber, Empfindlichkeit am Warzenfortsatz, ja sogar dessen geringe Schwellung mit heftigen Kopfschmerzen auf. Nach Auflegen des Eisbeutels als bald Besserung, Fieberabfall. Am vierten Tag abermals Temperaturanstieg, es tritt doppelseitige folliculäre Angina auf, die nach drei Tagen abklingt, doch bleiben Kopfschmerzen und intermittierende Fieber bestehen. Nachdem der Zustand des Ohres abermals Verschlimmerung aufweist, Aufnahme in das Spital, Operation am achten Krankheitstag, Antrotomie, (weil das Grundleiden eine chronische Schleimhauteiterung war), entzündliche Knochenveränderungen geringen Grades, keine Knocheneinschmelzung, normaler Sinus. Nach wenigen Tagen treten Metastasen in den Extremitäten in Begleitung von pyämischen Fiebern auf, diese vereitern und aus den Metastasen, sowie aus dem Blut konnte Streptokokkus hämolytikis gezüchtet werden. Verzweifelter Kampf gegen die überaus virulente Infektion bei sehr ungünstigem Blutbild. Streptoserin, Trypaflavin, Autovakzine bleiben alle wirkungslos und das Fieber lässt erst nach Vereiterung sämtlicher Metastasen nach, die Kopfschmerzen werden milder und nach weiteren

zwei Wochen wird die Kranke endlich fieberfrei. Es gelang das Kniegelenk von der Freilegung zu verschonen, der Prozess besserte sich auf Durchspülungen und Fixation, doch ist es noch ungewiss, wie weit es funktionsfähig sein wird. Der Fall verdient Beachtung, weil es schwer zu entscheiden ist, woher die Pyämie stammt; aus dem Ohr, welches wohl eine akute Exazerbation aufwies, doch ergab der Operationsbefund gutartige Veränderungen, die auch ohne Operation besserungsfähig waren, oder aus den Mandeln, in welchen eine schwere Tonsillitis vorhanden war. Das letztere ist wahrscheinlicher. Hervorzuheben ist auch der glückliche Verlauf, der bei Streptokokkus hämolytikis überaus selten ist.

J. Kerekes: In seinen sechs Fällen hat die Osteophlebitis otogene Sepsis verursacht. Die Unterbindung der Jugularis empfiehlt er nur bei nachweisbaren Sinus- oder Bulbusthrombosen.

I. Krepuska schildert einen Fall, wo seit Jahren bestehender gutartiger Otitis m. supp. sich eine Tonsillitis anschloss, welche Pyämie und Meningitis verursachte. Bei der Sektion konnten im Herzbeutel, auf den Klappen, in der Milz, und auf der Arachnoidea Streptokokken nachgewiesen werden, dagegen ergab die wiederholte Prüfung des Mittelohrsekretes vor und nach der Operation Staphylokokken als Beweis dessen, dass zwei separate Infektionen vorlagen und die Angina die Blutvergiftung und Meningitis verursacht hat.

Budapester kön. Gesellschaft der Ärzte.

Gynäkologische Sektion.

Sitzung am 5. Juni 1930.

I. Liebmann: *Asthma bronchiale in der Schwangerschaft.* Nach kurzer Schilderung des Zusammenhanges zwischen den Funktionsänderungen des weiblichen Genitalapparates und den Reflexneurosen des Atemzentrums, ferner der Literatur der mit Asthma bronchiale komplizierten Schwangerschaften, beschreibt er einen Fall, wo bei der 19jährigen, zum erstenmal graviden Frau im 5. Schwangerschaftsmonat sehr schwere asthmatische Erstickungsanfälle auftraten, die tagelang dauerten und nur mit Asthmolysin behoben werden konnten. Interessant war, dass eine hartnäckige hyperkeratotische Tonsillitis vorausgegangen war, der Beeinflussung, resp. Heilung dieses Leidens folgte das Sistieren der asthmatischen Anfälle nach Injektionsbehandlung auf dem Fusse, was auf einen kausalen Zusammenhang schliessen lässt. Die Krankheit machte zu Beginn den Eindruck einer Hysterie.

Z. Bien: Asthmatische Erkrankungen treten häufig nach Geburten, seltener und vorübergehend während der Schwangerschaft auf. Diese Erfahrung spricht für den Zusammenhang mit Sekretionsveränderungen. Bei asthmatischen Personen und hiefür inklinierten

Individuen können im Röntgenbild der Sella turcica regelmässig Veränderungen nachgewiesen werden, auf Grund dessen kann die Ursache der asthmatischen Erkrankungen in einem ständigen, oder provisorischen Hypophysendefekt gefunden werden.

K. Hajós findet die Ursache des Asthma im demonstrierten Falle nicht in der Schwangerschaft, sondern in der Rachenveränderung. Er erörtert den Konnex zwischen Schwangerschaft und Asthma. Die Grundlage der richtigen Behandlung jedes einzelnen Asthmafalles sei die Ausforschung der auslösenden Ursache. Das Asthmolysin dient der symptomatischen Behandlung und aus der erfolgreichen Anwendung desselben kann auf die auslösende Ursache nicht gefolgert werden. Er demonstriert einen Fall, in welchem der Konnex zwischen Asthma und Schwangerschaft, sowie Laktation zweifellos festgestellt wurde.

B. Gyulay: In der I. Frauenklinik sah er bei einer Multipara, wo in der Erweiterungsperiode sehr schwere asthmatische Anfälle auftraten, vom Asthmolysin sehr guten Erfolg. weshalb er dessen Anwendung in der Praxis empfiehlt.

I. Liebmann: Die Knochenveränderung der Sella turcica bedeutet allein noch keineswegs eine Herabsetzung der Hypophysenfunktion, indem Grösse und Funktionstüchtigkeit der innersekretorischen Drüsen keinen Zusammenhang aufweisen. Wäre ein Mangel an Hypophysenhormon vorgelegen, so wären zweifellos auch noch andere Symptome vorhanden gewesen. Der im Asthmolysin vorhandene minimale Hypophysenextrakt kann nicht als Substitutions-therapie betrachtet werden. Der Fall wurde in der I. internen Klinik untersucht, und der Asthmabronchialcharakter des Prozesses zweifellos festgestellt. Die Erkrankung wurde nicht durch die Tonsillitis ausgelöst, das letztere Leiden hörte erst nach dem Verschwinden der asthmatischen Anfälle auf, was daher mit der Asthma-therapie im Widerspruch stehen würde. Ebenso zeigen auch die Zeiten des Beginnes der Krankheiten eine Divergenz: der Rachenprozess bestand bereits seit geraumer Zeit, ohne Atemstörungen zu verursachen. Der hyperkeratotische Charakter der Tonsillitis beweist vielmehr, das hier eine Störung des Gleichgewichtszustandes des vegetativen Nervensystems vorlag, was der Reihe nach an den Tonsillen und am Atmungsapparat Symptome auslöste. Für diese Auffassung spricht auch die prompte Wirkung des Asthmolysins.

B. Gyulay: a) *Cor triloculatum, eine seltene Entwicklungsanomalie.* Er schildert die drei Phasen der Herzentwicklung, sowie die Störung der dritten Entwicklungsphase, die zur demonstrierten Entwicklungsanomalie führte: ein Vorhof, zwei Kammern und Aortenatresie (*Cor triloculare uniatrium cum atresia aortae*). Infolge der ständigen Vermischung des Blutes des kleinen und grossen Kreislaufes wiederholten sich wegen Oxygenmangel im Blut die asphyktischen Anfälle, was nach einer Lebensdauer von 50 Stunden zum Tod des Neugeborenen führte.

b) *Hernia diaphragmatica congenita.* Nach einer Definition der Hernia diaph. und des Prolapses hält er mit *Siegmund-Dietrich-Witing* an Stelle der Benennung Hernia diaph. spuria die Bezeichnung: Prolapsus herniae richtig.

In beiden demonstrierten Fällen von Entwicklungsanomalien trat das Ableben der Neugeborenen in einer klinisch nicht deutbaren Weise unerwartet ein und als Todesursache wurde die Entwicklungsanomalie supponiert. Die Autopsie bestätigte diese Annahme. Die Kenntnis der Entwicklungsanomalie besitzt auch praktische Bedeutung, indem sie besonders bei operativen Geburten vom gerichtärztlichen Standpunkt wichtig sein kann, eben deshalb empfiehlt er in in solchen Fällen auch in der Privatpraxis die Durchführung der Sektion.

J. Bud erörtert die Feststellung der Entwicklungsanomalien des Herzens während der Geburt, auf Grund des Verhaltens der Herztöne. Er erwähnt einen Fall, in welchem die linke Niere mit den Intestina im linken Brustkorb lag. Er lenkt die Aufmerksamkeit auf die Rolle der Entwicklungsanomalien beim Fruchttod.

A. Schweitzer schildert den im Alice Weiss-Wöchnerinnenheim beobachteten Fall von *Hernia diaphragmatica*. Die Frucht starb 1½ Stunden nach der Geburt, nach zunehmender Schwäche der Herztätigkeit. Man dachte an eine Entwicklungsanomalie und seziierte. Durch die weite Hernienöffnung am Diaphragma gelangte der linke Leberlappen, die Milz, der Magen, der Dünndarm und eine Partie des Dickdarmes in die linke Brusthälfte. Diese verschoben das Herz in die rechte Brusthälfte. Er betont die Wichtigkeit der Sektion zur Feststellung der Todesursache.

J. Benedict hat die demonstrierten Fälle im I. pathologisch-anatomischen Institut seziiert. *Mönckeberg* hat jene Herzentwicklungsanomalien, wo verschlossenes Aortenostium und linkes venöses Ostium, rudimentäre linke Kammer mit Septumdefekt, aber normales Vorhofseptum vorhanden sind, *Cor. pseudotriloculare* benannt. Die demonstrierten Fälle, in welchen ausserdem auch das Vorhofseptum fehlte, könnten nach diesem Prinzip als *Cor. pseudobiloculare* benannt werden.

G. Schey: *Seltene Indikation des Kaiserschnittes*. Die 30jährige I. P. wurde nach der seit 7 Jahren bestehenden Sterilität durchgeführten Zervixerweiterung und Diszission schwanger. Sie meldete sich gegen Ende der Schwangerschaft mit Blutung, diese hörte auf Liegebehandlung auf, setzte jedoch nach 36 Stunden noch heftiger wieder ein. Der Muttermund war zwei Finger breit. Bei der Spiegeluntersuchung stellte sich heraus, dass in der Zervixhinterwand bleistiftdicke Venen zur unteren Uteruspartie ziehen, und die Blutung aus der Ruptur solcher Varizen erfolgte. Nachdem die Blutung, trotz mehrfacher Unterbindung immer intensiver wurde, wurde der Kaiserschnitt durchgeführt. Die Blutstillung gelang nur nach supravaginaler Uterusamputation. Die Amputation erschien auch wegen der drohenden Infektionsgefahr der stark herabgekommenen und mehrfach untersuchten Frau zweckmässig.

J. Kraut: *Purpura haemorrhagica während der Schwangerschaft*. Er beobachtete eine seltenere Form der während der Schwangerschaft und Geburt auftretenden Blutungen

verschiedenen Ursprunges. Bei der 26jährigen II. Gravida trat im 6. Schwangerschaftsmonat Nasenbluten auf, das selbst auf fachärztliche Behandlung sich kaum besserte. Gegen Schwangerschaftsende werden sämtliche Symptome der hämorrhagischen Diathese manifest. Während der Geburt trat wegen Placenta praevia starke Blutung, sodann ein eklamptischer Anfall auf. Nachdem die Herztöne der Frucht aufgehört hatten, führte er die Perforation durch. Nach normaler Nachgeburtsperiode wird die Frau 12 Tage später geheilt entlassen. Er hält den Fall für eine während der Schwangerschaft entstandene hämorrhagische Diathese, die mit Placenta praevia und Eklampsie kompliziert war. Tritt Dauerheilung ein, so kann das Leiden als Folge einer Schwangerschafttoxikose betrachtet werden, ist jedoch die Besserung nur eine temporäre, so gestaltet der sogenannte essentielle Ursprung das Schicksal der Kranken infaust.

I. Liebmann schildert einen Fall der II. Frauenklinik, wo in ähnlicher Weise bei Schwangerschaft nahezu unstillbare Nasenblutungen auftraten. Der Fall war deshalb interessant, weil diese heftigen Blutungen nur in gewissen Phasen der zwei aufeinander folgenden Schwangerschaften auftraten, die erste dieser Schwangerschaften wurde wegen schweren Vitiums durch künstlichen Abort beendet. Der Fall steht auch seither unter Kontrolle. Bei der Frau trat seit Jahren keine einzige Blutung auf. Die Blutungen wurden zweifellos durch Schwangerschafttoxikose verursacht, offenbar durch Einwirkung auf die Durchlässigkeit der Gefäße.

Budapester kön. Gesellschaft der Ärzte.

Sektion für Rhinologie und Laryngologie.

Sitzung am 17. Juni 1930.

L. Zoltán: *Demonstration von interessanten histologischen Präparaten. a) Hyperkeratotische Kehlkopfschleimhaut. b) Das histologische Bild eines Endotheliom nachahmenden Fibroangioma nasi. c) Histologische Präparate von Kehlkopfsklerom.*

Z. Lénárt: *Operation einer zweigeteilten Stirnhöhle.* Bei dem 32jährigen Mann bestand in der I. Stirnhöhle eine eitrige Entzündung. Nach der Resektion der mittleren Muschel hörte die Sekretbildung nach Spülungen auf, objektiv erschien die Stirnhöhle geheilt. Trotzdem bestanden ständige quälende Kopfschmerzen, Schwindel, Brechreiz und Erbrechen auch bei nüchternen Magen, sowie Subfebrilität, Augenbefund normal, Liquoruntersuchung negativ, es bestand kein Grund zur Annahme eines Hirnabszesses, Die Röntgenuntersuchung ergab keine Aufklärung. Bei der Radikaloperation war die Vorderwand der Stirnhöhle ungewöhnlich dick, ungefähr 10 mm und es stellte sich heraus, dass die Stirn-

höhle zweigeteilt ist. Die medial liegende grosse Kammer hatte keine Kommunikation mit der Nasenhöhle und war mit Eiter gefüllt. Die seitliche Kammer kommunizierte mit dem Ductus nasofrontalis und war sekretfrei. Die beiden Höhlen wurden am oberen Rand der Trennungsleiste durch einen winzigen, mit geschwollener Mukosa gefütterten Gang verbunden. Die zwei- oder mehrfach geteilten Stirnhöhlen sind überaus selten, bei den bisherigen Beobachtungen war die Trennungswand durchwegs solid, im gegenwärtigen Fall waren die beiden Kammern durch einen engen Gang verbunden. Die geteilte Stirnhöhle kann erhebliche diagnostische Schwierigkeiten und Irrtümer verursachen, ihre Verkennung aber zu verhängnisvollen Komplikationen führen.

T. Liebermann erwähnt einen vor Jahren beobachteten Fall, den Prof. *Lénárt* durch Reoperation heilte. Hier lagen ähnliche Verhältnisse vor, es handelte sich um eine sehr umfangreiche Stirnhöhle, die bis zum lateralen Augenwinkel reichte.

Z. Lénárt: Isoliertes Kehlkopfsklerom. Bei der 22jährigen Patientin wurde anderwärts eine Tracheotomie wegen angeblicher Kehlkopf-Tbc. durchgeführt. Die verdickten Stirnbänder sind in der Mittellinie fixiert, ihre Oberfläche ist uneben. Keine Schluckbeschwerden. Lunge und Temperatur normal. Rhinitis atrophica simplex. Weder hier, noch im Rachen Infiltrate. Die histologische Untersuchung ergab Sklerom. Das isolierte Kehlkopfsklerom ist selten. Gewöhnlich sind auch im Rachen und in der Nasenhöhle Herde vorhanden. Es gelang mit der O'Dwyer-Intubation das Kehlkopflumen herzustellen und die Kanüle zu beseitigen. Nach seinen Erfahrungen liefert die Dilatationsbehandlung bei Sklerom einen Dauererfolg, deshalb empfiehlt er in entsprechenden Fällen deren Anwendung.

M. Pauncz sah von der Intubation ebenfalls günstige Erfolge.

P. Kepes: a) Die eine Nasenhälfte, Highmoorhöhle und den Nasenrachengang ausfüllendes, auf Galvanokautereinstiche und Röntgenbestrahlungen vollkommen geheiltes hypertrophisches *Angioma capillare*. Er demonstrierte der Sektion den damals erst 14jährigen Knaben bereits 1923. Die rechte Nasenhöhle, die Highmoorhöhle, die hinteren Siebzellen und die Nasenrachenhöhle waren von einer dunkelroten unebenen, auf die geringste Berührung stark blutenden Geschwulst ausgefüllt. Nach der von Prof. *Entz* durchgeführten histopathologischen Untersuchung bestand die Geschwulst aus einem dichten Gefässnetz, und zwar hauptsächlich Kapillaren, das die Gefässwand bildende Endothel war stellenweise verdickt und stark gewuchert. Die damalige Röntgenaufnahme beweist, dass die Geschwulst auch in die rechte Highmoorhöhle vorgedrungen war und diese ausfüllte, hierfür sprach auch die Schwellung der rechten Gesichtshälfte. Nachdem der

Ausgangspunkt der Geschwulst unbekannt war, erschien ein operatives Vorgehen mit Rücksicht auf die erhebliche Blutungsneigung problematisch, eben deshalb entschloss er sich Röntgenbestrahlungen und Galvanokautereinstiche durchzuführen. Das letztere Verfahren applizierte er auf Grund der Erwägung, dass um die Galvanokautereinstiche Bindegewebsvermehrung auftritt, mit deren Schrumpfen die Geschwulst kleiner und deren Blutungsneigung geringer wird. Das war der Zustand bei der Demonstration im November 1923. Nach der ersten Röntgenbestrahlung folgte nach sechs Wochen eine zweite, sowie mehrere tiefe Galvanokautereinstiche, infolge dieser Eingriffe bildete sich die Geschwulst rapid zurück. Der Kranke meldete sich nun nach sieben Jahren vollkommen geheilt. Die Geschwulst ist aus der Nase, den Nebenhöhlen und dem Nasenrachengang vollkommen verschwunden.

b) *Durch Punktionen geheiltes Hygroma bursae subhyoideae.* Ein seltenes Krankheitsbild. Nur wenig anatomische Arbeiten beschäftigen sich eingehend mit den Schleimbeuteln am Halse, von welchem die Bursa mucosa subhyoideae als konstant zu betrachten ist, in dieser kommen auch pathologische Prozesse vor. Die 26jährige Patientin meldete sich vor vier Jahren mit der Klage, dass sie seit ungefähr drei Monaten auf der Halsmitte das Entstehen einer nicht schmerzenden Geschwulst bemerkt. Sie erinnert sich an kein Trauma. In der Mittellinie des Halses findet sich zwischen Zungenbein und Schildknorpel eine nussgrosse, fluktuierende, schmerzlose, auf der Unterlage nur schwer bewegliche Geschwulst, welche den Schluckbewegungen folgte. Vom differentialdiagnostischen Standpunkt konnten in Betracht kommen: erweichtes Drüsenpaket, vom Zungenbein ausgehender kalter Abszess, kongenitale mediane Halszyste, aberrierte Kropfzyste oder Echinokokkenzyste. Die Diagnose wurde durch die Probepunktion gesichert. Das Punktat war eine durch Fibrinkörperchen getrübe seröse Flüssigkeit. Solche Hygroma bursae subhyoideae werden operativ behandelt. Anscheinend ist es jedoch nicht in jedem Fall notwendig, derart vorzugehen. Er hält es für notwendig, vorher das Punktionsverfahren zu versuchen. Er führte in diesem Fall viermal Punktionen durch, indem er nach Möglichkeit den ganzen Inhalt des Schleimbeutels herauszog und sodann einige Tropfen Jodtinktur einspritzte. Nach der vierten Behandlung war die zystöse Geschwulst vollkommen verschwunden, seither sind vier Jahre vergangen und es zeigte sich keine Rezidive. Er hält es für berechtigt, eine endgültige Heilung anzunehmen.

Z. Lénárt erwähnt zwei Fälle der Klinik, die operativ geheilt wurden.

J. Kelemen verweist auf die Analogie der tierischen Luftsäcke.

D. Soós: *Mucokele sinus frontalis.* Die 69jährige Patientin erlitt vor zwei Jahren eine Kopfverletzung. Wenige Monate später Schwellung in der Gegend über dem linken Auge, das Auge protrudierte immer mehr, das Sehen wurde schlechter. Nach dem Ergebnis der Röntgenuntersuchung vereinigen sich die beiden Sinus frontalis in eine gemeinsame grosse Höhle, ein grosser Teil des Sept. interfrontale ist zerstört. Die Mucokele wurde anderen Orts eröffnet und die Höhle drainiert. Die Kranke wurde zum Zweck der Radikaloperation in die Klinik für Nasen- und Kehlkopfkrankheiten geschickt. Wegen des vorgeschrittenen Alters und debilen Zustandes der Kranken wurde von der Radikaloperation vorläufig Abstand genommen und der Sekretabfluss derart gesichert, dass das Operculum beiderseits reseziert und die Spülung des Sinus frontalis durch die Nase vorgenommen wurde. Auf diese Therapie verringerte sich das Sekret. Zur Erhaltung des Konnexes zwischen Sinus frontalis und Nasenhöhle wird die Erweiterung des Ductus nasofrontalis mit *Kilian'schen* Erweiterungssonden durchgeführt. Er demonstriert Röntgenbilder, welche die eingelegten Sonden in der Stirnhöhle zeigen.

J. Kelemen: *Behandlungs- und Operationsstuhl.* Der Stuhl wird durch einen entsprechenden Schraubengang auch für Drehuntersuchungen geeignet. Die Drehung erfolgt in der Körperachse. Die Rücklehne kann nach hinten gesenkt oder vorgeschoben werden. Die von vorne nach rückwärts eine geneigte Ebene bildende Sitzfläche verhindert das Rutschen des Patienten nach vorne.

Gesellschaft der Spitalsärzte.

Sitzung am 4. Juni 1930.

(Fortsetzung und Schluss.)

O. Ehrlich: *Hysterosalpyngographie.* Die Hysterosalpyngographie besteht in Wesen darin, dass die Uterushöhle und durch deren Vermittlung auch die Tuben mit einem Kontrastmittel (20—40%-iges Jodipin Merk, Lipiodol-Lafay) gefüllt werden, worauf eine Röntgenaufnahme gemacht wird. Sie wird I. zu wissenschaftlichen, II. zu diagnostischen Zwecken durchgeführt: 1. zur Feststellung der Ursache der Sterilität, 2. zum Myomnachweis, 3. bei Entwicklungsanomalien, 4. zur Differentialdiagnose von Adnextumoren, 5. zur Kontrolluntersuchung nach Tubenoperationen, 6. zur Lokalisation von Fremdkörpern. III. Zu therapeutischen Zwecken. Sie ist kontraindiziert: 1. bei akuten, virulenten, entzündlichen Erkrankungen des Uterus und der Adnexe, 2. bei bösartigen Uterusgeschwülsten, 3. während der Dauer von Uterus-

blutungen, 4. unmittelbar nach Eingriffen in der Uterushöhle, 5. bei intrauteriner Schwangerschaft. Der Schatten der normalen Uterushöhle ist dreieckig, er ist beim Myom deprimiert, beim Karzinom sind die Ränder gezackt. Bei Schwangerschaft ist der Schatten gross und rund, die Chorionzotten lösen das Kontrastmittel in mohnkorngrösse Tröpfchen auf. Der Tubenschatten bildet eine dünne Linie, bei Hydrosalpinx ist ein verlängerter, erweiterter, wurstförmiger Schatten zu sehen, der an der Strikturstelle endigt. Die Hysterosalpyngographie ist besonders bei Feststellung der Sterilursache ein unentbehrliches diagnostisches Hilfsmittel, und die Ausdehnung ihrer Anwendung in der Diagnostik der weiblichen Genitaltumoren ist mit Rücksicht auf ihre vollkommene Ungefährlichkeit motiviert.

N. Temesváry konstatiert mit Freude, dass seit 1927, als er die Hysterosalpyngographie in der Kön. Gesellschaft der Ärzte als erster darlegte und die Brauchbarkeit der Methode an einem grösseren Material demonstrierte, wofür er heftig angegriffen wurde, die Ansicht der meisten Fachgenossen über diese Methode eine Änderung erfahren hat, indem seither mehrere Publikationen von Kliniken und Spitalsabteilungen, wie die von *Scipiades*, *Berecz*, *Szili* und nun *Nádory* sich günstig äussern und die Methode auch für die Praxis wertvoll halten. Seither ist auch die ausländische Literatur immens gewachsen. Redner ist auch jetzt ein Gegner der kritiklosen Anwendung der Methode und fordert unbedingt die Berücksichtigung der Kontraindikationen (akute Gonorrhoe, entzündliche Prozesse, Schwangerschaft, maligne Tumoren usw.). Er demonstriert schliesslich mehrere Aufnahmen und Instrumente.

L. Weiser: Das Verfahren ist nicht gefahrlos, er erwähnt einen Fall mit letalen Ausgang. Bei Uterusmyom sei die Methode wegen der Gefässerweiterungen nicht empfehlenswert.

B. Nádory erachtet die Methode im Gegensatz zu Weiser als eine vollkommen gefahrlose, in entsprechend ausgewählten Fällen und bei Befolgung jener vorsichtigen und schonenden Technik, wie sie *Temesváry*, *Szili* und der Redner beschrieben haben. In seiner Abteilung wird das Verfahren hauptsächlich zur Feststellung der Sterilitätsursache, seltener bei der Differenzialdiagnose von Tumoren verwendet. Niemals benützt er es zur Feststellung der intrauterinen Gravidität, oder eines Korpuskarzinoms. Die Ölembolie mit verhängnisvollem Ausgang konnte nur die Folge eines technischen Fehlers sein, indem die Spitze der Spritze in die Uteruswand gestochen und das Kontrastmittel in eine erweiterte Vene gespritzt wurde. Intrauterine Einspritzungen selbst stark reizender Medikamente, welche heftige Kontraktionen auslösen, wie sie in seiner Abteilung z. B. mit 5%igen Formalin als Nachbehandlung der Curettage viele hundertmal durchgeführt werden, geben niemals Anlass zu Gefahren.

Sitzung am 18. Juni 1930.

L. Czirbesz: *Interessanter Hysteriefall.* Er schildert kurz die Symptome der Hysterie und löst bei dem 42jährigen Patienten einen Anfall durch Druck auf die Nasenwurzel aus.

mässigsten durch Laparotomie. Eine Ausnahme bilden die vereiterte oder infektiöse Keime enthaltenden Hämatome, bei diesen ist die Kolpotomie durchzuführen. Hinsichtlich der Laparotomie ist er ein Anhänger des individualisierenden mässigen Radikalismus. Das in den Bauchraum geflossene Blut kann nur dann zur Wiedereinführung in die Bluthahn verwendet werden, wenn es noch frisch ist und keinerlei Zerfallsprodukte enthält. Ist das nicht der Fall, so erscheint es empfehlenswerter, die intravenöse Transfusion vom Blut eines anderen Individuums der gleiche Blutgruppe durchzuführen.

NACHRICHTEN.

Zustand — befriedigend. (Állapota kielégítő.) Eine subjektive Krankheitsgeschichte von Dr. *Alexander Puder*. Mit einem Vorwort von *Friedrich Karinthy*. Budapest, Genius-Verlag. Der Autor, selbst Arzt und Forscher, erkrankt eines Tages, wird operiert, erkrankt zum zweiten- und zum drittenmal, muss sich jedesmal wieder operieren lassen, und schwebt wiederholt in Lebensgefahr. Nach diesem furchtbaren Erlebnis schreibt er seine Krankheitsgeschichte nieder. Die suggestive Welt des Operationssaales, Röntgenzimmers und der Laboratorien wird hier vom fachkundigen Arzt beschrieben, der als Patient in diesen Räumen behandelt wurde. Als Arzt ist er im klaren, was jedes Untersuchungsergebnis und jeder Eingriff bedeutet, als Patient aber beschreibt er die seelische Marter, die der wehrlos auf dem Operationstisch liegende Kranke in der Hoffnung erduldet, von seinen Schmerzen und seinen Leiden befreit zu werden. Den Tausenden von Patienten, die tagtäglich ähnliche Erlebnisse durchmachen, verhüllt ein wohlthätiger Schleier die Einzelheiten ihrer qualvollen Stunden, sie vergessen die Details, da sie ja den Zweck und das Ziel der Behandlung und Eingriffe nicht kennen, die sie überstanden haben. Der Autor aber ist mit jeder Einzelheit im klaren, er beobachtet kritisch seinen Zustand und seine Gefühle während der ganzen Dauer der infolge Rückfälle und Komplikationen langwierigen Behandlung, und bietet derart ein atemraubend erregendes treues und aufrichtiges Bild der Leiden, die er als Patient erduldet, der verborgendsten Einzelheiten des klinischen Betriebes, der Mängel auf dem Gebiet der Pflege und der Behandlung, aber andererseits auch der hingebungsvollen, opferwilligen und für keinen Moment erlahmenden Arbeit seiner Kollegen, der klinischen Ärzte. Ein hochinteressantes Werk für solche, die Einblick in die Welt der Kranken gewinnen wollen, aber auch für jene, die sie durchschritten haben und ihre eigenen Erlebnisse und Erinnerungen mit denen des Verfassers vergleichen können.

Schriftleitung und Verlag der „Verhandlungen der Ungarischen Ärztlichen Gesellschaften“ : Budapest, V., Vadász-utca 26.

Scheckkonto : Budapest, k. ung. Postsparkassa Nr.**41710. Bankkonto : Ungarisch-Italienische Bank A.-G. Budapest, Zweigstelle Andrassy-ut. Fernsprecher : Budapest 289—26.

Druckerei der Pester Lloyd-Gesellschaft. (Direktor : Paul Márkus.)